

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

JACQUES THUVIEN

Né à Neuilly (Seine), le 4 Novembre 1894

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES CAUSES ET DU TRAITEMENT

DE LA

Stérilité d'origine cervico-utérine

Président : M. JEANNIN, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1928

003

THESE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

ANNÉE 1928

THÈSE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

JACQUES THUVIEN

Né à Neuilly (Seine), le 4 Novembre 1894

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES CAUSES ET DU TRAITEMENT

DE LA

Stérilité d'origine cervico-utérine

Président : M. JEANNIN, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1928

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie.	ROGER.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie organique et chimie générale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.	SICARD.
Pathologie chirurgicale.	LECÈNE.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	LÉPER.
Hygiène.	Léon BERNARD.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.	RATHERY.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Professeur sans chaire.	RRANCA.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale	HEITZ-BOYER	Urologie.
AUBERTIN	Pathologie médicale	HIOVELACQUE	Anatomie.
BASSET	Pathologie chirurgi- cale	HUTINEL	Pathologie médicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.	JOYEUX	Parasitologie.
BINET	Physiologie.	LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.	LARDENNOIS	Pathologie chirurgi- cale.
BROCQ	Pathologie chirurgi- cale.	LEMAITRE	Oto-rhino-laryng gie.
BRULÉ	Pathologie médicale.	LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
CADENAT	Pathologie chirurgi- cale	LHERMITTE	Pathologie mentale
CHABROL	Pathologie médicale.	LIAN	Pathologie médicale.
CHAMPY	Histologie.	MATHIEU	Pathologie chirurgi- cale.
CHIRAY	Pathologie médicale	METZGER	Obstétrique.
CLERC	Pathologie médicale.	MONDOR	Pathologie chirurgi- cale.
DEBRÉ	Hygiène	MOURE	Pathologie chirurgi- cale.
I. de JONG	Anatomie pathologi- que.	MULON	Histologie.
DOGNON	Physique.	PHILIBERT	Bactériologie.
DONZELOT	Pathologie médicale.	QUÉNU	Pathologie chirurgi- cale.
DUVOIR	Médecine légale.	RICHET Fils.	Physiologie.
ÉCALLE	Obstétrique.	SÉZARY	Dermatologie et sy- philigraphie.
FIESSINGER	Pathologie médicale.	VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expéri- mentale.	VAUDESCAL	Obstétrique.
GATELLIER	Pathologie chirurgi- cale.	VELTER	Ophtalmologie.
HARVIER	Pathologie médicale.	VERNE	Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
GOUGEROT	Pathologie médicale.	RETTERER	Histologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.	TANON	Pathologie médicale.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	LÉRI.	Clinique médicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT. . . .	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.	PROUST.	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	SCHWARTZ. . . .	Clinique chirurgicale.
LE LORIER. . . .	Clinique obstétricale.	VILLARET. . . .	Clinique médicale.
LEREBoullet. . .	Clinique médicale infantile.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . .	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MON FRÈRE

A MES SOEURS

A MON ONCLE PHILIPPE LAUER
CONSERVATEUR A LA BIBLIOTHÈQUE NATIONALE

A M. ANDRÉ PAULIAN
INSPECTEUR GÉNÉRAL DE L'ENSEIGNEMENT
DES LANGUES VIVANTES DANS LES ECOLES DE LA VILLE
DE PARIS
PROFESSEUR A L'ECOLE DES HAUTES ETUDES
COMMERCIALES
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR (T. M.)

A M. LE PROFESSEUR JEANNIN

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
ACCOCHEUR DE LA MATERNITÉ DE LA PITIÉ

*Qui a bien voulu me faire l'honneur
de présider cette thèse.*

A TOUS MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

A M. LE PROFESSEUR CHAUFFARD

A M. LE PROFESSEUR CARNOT

A MM. LES DOCTEURS MICHON, LEGRIS, AUVRAY,
DEBRÉ, FUNCK-BRENTANO, LOUSTE, TRÉMO-
LIÈRES.

A M. LE DOCTEUR LOUIS RAMOND

MÉDECIN DE L'HOPITAL LAËNNEC

*A qui je dois le meilleur de ma forma-
tion médicale.*

Introduction

Il n'est point de question d'actualité plus digne d'attirer l'attention des gynécologues et des praticiens que celle de la stérilité. Tout récemment encore, elle a fait l'objet de discussions éminemment utiles. Au congrès tenu à Lyon par l'association des gynécologues et obstétriciens de langue française (en septembre et octobre 1927), des rapports magistraux ont mis au point le diagnostic et le traitement de la stérilité d'origine utérine et tubaire.

Depuis plusieurs années, nous nous sommes intéressés à l'important problème de la stérilité chez la femme. Nous avons plus particulièrement étudié les causes tant mécaniques et infectieuses que « constitutionnelles » pouvant au niveau du col utérin réaliser un obstacle à la conception.

Nous nous proposons dans cet ouvrage de passer en revue les lésions cervicales d'ordre anatomique ou inflammatoire, avec, pour chacune d'elles, les traitements qu'on leur oppose, laissant de côté les thérapeutiques désuètes pour ne parler que des thérapeutiques récentes et acceptées par la majorité des gynécologues modernes.

Nous nous réserverons ensuite de traiter dans un chapitre spécial de l'action remarquable dans les cervicites des eaux sulfureuses en général, et en particulier des eaux de Saint-Sauveur.

Nous tenons ici même à remercier le Docteur Macrez des documents et observations qu'il a bien voulu nous autoriser à publier et qui montrent d'une façon indéniable l'importance que peuvent avoir, à côté des thérapeutiques médicales et chirurgicales, les cures hydro-minérales.

CHAPITRE I

Causes mécaniques - Malformations congénitales ou acquises du col utérin

Nombre de malformations cervicales sont absolument incompatibles tant avec la possibilité d'une fécondation qu'avec le développement d'une grossesse normale, si cependant la conjugaison des deux cellules sexuelles arrivées à la maturité a pu s'effectuer. La plupart des malformations les plus fréquentes résultent d'une absence plus ou moins étendue de coalescence de deux canaux de Müller destinés à former le tractus génital.

Les malformations les plus habituelles sont toujours caractérisées par une duplicité plus ou moins développée. Sans doute, la gestation a pu se faire dans quelques cas dans un utérus double où le corps était double, ou, pour ce qui nous intéresse ici, le col lui aussi était double. Dans ces cas pourtant, la gestation peut se terminer de façon heureuse, mais

c'est là une exception et, malgré les observations signalées par le P^r Bentuer, les avortements sont fréquents et il est impossible de faire un pronostic certain sur l'éventualité d'une grossesse à venir.

Nous n'insisterons pas davantage sur les anomalies congénitales du col utérin, sur l'imperforation totale du canal cervical resté à l'état de cordon plein, ni sur l'imperforation ou sténose de l'orifice interne du col, ni sur l'oblitération congénitale de l'orifice externe du col dû probablement à une résorption imparfaite des canaux de Müller en un point limité. Ces faits sont assez exceptionnels, on ne les rencontre pour ainsi dire point dans la pratique courante et nous ne faisons que les signaler au passage.

Mais, à côté de ces malformations assurément incompatibles avec la fécondation par obstruction complète du canal cervical, nous voulons insister tout spécialement sur l'intérêt pratique que peut présenter la connaissance des sténoses cervicales non absolues susceptibles d'entraîner un obstacle à la progression des zoospermes, obstacle discuté par certains auteurs, mais, semble-t-il, réel, puisque nombre de stérilités ont été guéries après dilatation. Sans doute, Weil admet que cet obstacle mécanique est insuffisant à expliquer la stérilité, le plus grand diamètre d'un spermatozoïde étant de 2 à 3 microns en moyenne, 6 microns de longueur sur 1 de largeur, il conclut qu'inférieur aux globules rouges dont le diamètre moyen atteint 7 microns 5, là où peut passer un globule rouge, là peut facile-

ment remonter un spermatozoïde. L'influence des sténoses serait donc moins considérable qu'on ne l'a toujours supposé, quant à la constitution réelle d'un obstacle purement mécanique. On ne peut pourtant méconnaître l'action des sténoses comme action empêchante. Qu'on ait exagéré son importance, on peut fort bien l'admettre, mais il nous paraît irrationnel de lui dénier une influence probable. Pozzi, dans son traité, a largement insisté sur ces faits, puisqu'il considère que l'étroitesse du col est la cause la plus fréquente de dysménorrhée et de stérilité. A la vérité, nombre de gynécologues se rallient à ce point de vue de bon sens et concluent avec Dartigues que si la sténose cervicale incomplète ne suffit pas à elle seule à expliquer la stérilité elle devient vraiment stérilisante par l'association à cette sténose de causes telles que : mauvaise direction du col, antéflexion surtout, dont l'existence sur un canal à lumière réduite complète l'oblitération cervicale. Ajoutons comme troubles apportés par ces malformations la rétention qu'elles entraînent en raison du mauvais drainage, qu'elles constituent, l'altération muqueuse avec hypersécrétion, autant d'obstacles à la pénétration intra-utérine du liquide séminal.

Le traitement n'est pas unique. Laissant de côté le traitement des lésions congénitales, d'imperforation pratiquement inexistantes, nous passerons en revue les différentes thérapeutiques que l'on propo-

se à l'heure actuelle pour améliorer, sinon guérir les sténoses cervicales.

Nous n'insisterons point sur le traitement par simple cathétérisme cervical qui aurait donné à certains d'heureux résultats.

Des faits incontestables de guérison de la stérilité ont été attribués à une réduction de plis anormaux de la muqueuse cervicale par le passage d'une simple sonde, plis empêchant l'ascension normale des spermatozoïdes. La sonde a pu également désobstruer l'orifice du col encombré de sécrétions consistantes ; mais on ne peut élever cette méthode à la hauteur d'une méthode thérapeutique au même titre que les dilatations de l'utérus d'une part et que l'emploi d'appareils intra-utérins d'autre part.

Depuis longtemps déjà, beaucoup d'auteurs et certains accoucheurs, Pinard et ses élèves, considéraient comme une excellente méthode la dilatation cervicale lente et progressive encore qu'elle présente quelques inconvénients. On préconise surtout deux procédés : la dilatation au moyen des laminaires et l'utilisation des bougies de Hégar.

L'emploi de la laminaire, par son action ralentie et progressive, rend dans le traitement de la sténose du col utérin d'immenses services, à condition d'être utilisée avec méthode et surtout au cours de séances régulières, persévérantes, afin d'éviter que le col ne reprenne peu à peu sa forme et son calibre. Mais il faut procéder avec une rigoureuse asepsie,

une prudence extrême et savoir que des cas d'infection grave ont été signalés (Schridde Amersbach).

On aura soin de ne pas laisser la laminaire en place plus de 24 heures et l'on fera contrôler la température toutes les 4 heures environ. Si le thermomètre marque 37,5 et au-dessus, il faudra de suite retirer la laminaire. C'est à cette seule condition que l'on évitera l'infection locale, voire l'extension d'un processus infectieux au corps utérin, aux trompes, au paramètre.

La dilatation cervicale peut être également pratiquée par des bougies de Hégar ; mais la dilatation, si elle est plus rapide, nécessite par contre des séances plus fréquentes, presque quotidiennes, pour obtenir un résultat certainement moins durable, la sténose ayant tendance à réapparaître rapidement. Le résultat de la dilatation par les bougies de Hégar apparaît donc comme inférieur à celui que l'on obtient par la laminaire. Même calibre au 1/3 de millimètre suivant la filière Charrière les bougies d'Hégar exigent dans leur maniement une grande douceur qui réserve leur emploi aux seuls spécialistes, sous peine d'action traumatisante surtout quand il s'agit de dilatation d'un col de nullipare.

Plus récemment, dans le service du Professeur Jean-Louis Faure, on a expérimenté un appareil intra-utérin. Il présenterait, d'après Douay, des avantages réels. Il s'agit du tube d'Iribarne, tube en argent de 10 mm. de diamètre et de 25 mm. de longueur avec à son extrémité inférieure un pavillon à

2 valvès. Voici ce que Douay écrit à ce sujet : « Pour le placer le col est incisé de chaque côté comme pour une stomatoplastie. On met le tube en place et on le laisse 15 jours en moyenne jusqu'aux prochaines règles. L'opérée après quelques jours se lève avec son tube, prend une injection quotidienne. Le tube est enlevé au début des règles. Les rapports sexuels sont repris après les règles et le résultat désiré peut être obtenu d'emblée, plus souvent vers le deuxième ou troisième mois. Quand la grossesse ne survient pas, le résultat plastique est excellent et a un aspect infiniment supérieur à celui obtenu par l'opération de Pozzi. C'est un col à 2 lèvres, rappelant celui des multipares. L'antéflexion n'a pas toujours disparu mais l'hystéromètre passe facilement et les règles ne sont pas douloureuses ».

Dans le cas d'accouchements subséquents qui se sont toujours produits à terme, Douay n'a jamais observé de complications.

Les dissections du col employées autrefois sont actuellement à peu près abandonnées, la raison en est la cicatrisation trop rapide et la sténose qui ne tarde pas à réapparaître parfois même plus serrée qu'auparavant.

Pozzi contre les sténoses cervicales qu'il considérait comme une cause efficiente de stérilité dans de nombreux cas, a réglé une intervention destinée à faire un évidement commissural du col actuellement pratiqué. Cette opération, dite opération de Pozzi ou stomatoplastie, améliore presque toujours

les symptômes dysménorrhéiques et a pu donner d'heureux résultats au point de vue fécondation.

Pour n'être pas, à proprement parler, d'origine cervicale, nous ne pouvons cependant pas manquer d'accuser l'importance de l'antéflexion dans la stérilité. En effet, comme nous l'avons signalé plus haut, l'antéflexion vient souvent compliquer la sténose et le rétrécissement cervical dont elle complète l'obstruction. Cette antéflexion est rarement isolée, elle est le plus souvent liée à un utérus hypoplasie dont le col est atteint de sténose, et c'est fréquemment que, pour notre part, il nous a été donné de constater à l'examen gynécologique de ces cols utérins coniques à orifice véritablement ponctiforme que surmonte un corps utérin antéfléchi. L'antéflexion, ici, n'est le plus souvent qu'une lésion parmi un ensemble pathologique constitué par la sténose de l'orifice externe, la conicité du museau de tanche associées à de l'endocervicite.

Comme sténose obstruction ; telles sont les diverses causes anatomo cliniques qui font de l'antéflexion compliquée de rétrécissement cervical un facteur de stérilité.

Le traitement de l'antéflexion se confond avec celui de la sténose cervicale avec laquelle il est souvent combiné. On a vanté récemment encore ici, les appareils intra utérins (tube d'Iribarne). Il est logique, en effet, d'employer la même thérapeutique puisqu'il s'agit de lésions coexistantes et souvent secondaires l'une à l'autre. Nous n'insisterons pas sur

divers autres procédés chirurgicaux puisqu'à l'heure actuelle, Fernand Chatillon, au dernier congrès des gynécologues, admet que la dilatation dans les cas d'antéflexion, constitue le traitement de choix comme pour les sténoses pures.

Imperforation du col congénital ou acquise, sténose incomplète compliquée le plus souvent d'antéflexion parachevant l'obstruction du canal cervical ne sont pas les seules causes mécaniques de stérilité chez la femme. L'allongement du col congénital ou acquis a paru, à nombre de gynécologues en constituer sinon un obstacle absolu du moins très réel, à la fécondation.

Certes, on constate des grossesses chez des femmes dont le col utérin est notablement plus long qu'un col normal, mais comme l'a signalé Séjournet, l'infécondité a pu cesser du jour où le col utérin a été amputé d'une notable portion.

Ces élongations s'accompagnent souvent, d'ailleurs, de prolapsus et, comme nous le verrons plus loin, favorisent l'infection de tout le canal cervical : l'infécondité est-elle secondaire à un phénomène mécanique, s'agit-il d'infection, de sécrétion muqueuse pathologique? toujours est-il que des résultats ont été obtenus par l'amputation, remédiant à la longueur excessive du col.

Au total, le col utérin, par des modifications anatomiques s'il ne constitue pas toujours un obstacle absolu mais seulement partiel pouvant, dans ce dernier cas, être compatible avec la fécondation, il la

rend souvent à ce point difficile, qu'elle a de grandes chances de ne pas se faire. Nous retiendrons du point de vue pratique, parce que curable, les sténoses congénitales ou acquises primitives ou secondaires à un traumatisme ou à une infection justiciables du traitement par dilatation, stomatoplastie et surtout d'application d'appareils intra utérins. Il semble, qu'à l'heure actuelle, le tube d'Iribarne réalise, quand il est mis en place, suivant la technique de Douay, un moyen particulièrement efficace dans la guérison « esthétique » des sténoses cervicales. Cette application reste également le procédé de choix destiné à améliorer l'antéflexion compliquée de sténose. Reste l'allongement du col qui n'est pas rare. Il faut ici avant de choisir la conduite à tenir, amputation du col ou abstention chirurgicale, reconnaître et mesurer son importance ainsi que le degré de la cervicite qui lui est si souvent associée.

Tel est donc le résumé des causes mécaniques d'ordre cervical à l'origine de la stérilité. Tels sont aussi, en quelques mots, les traitements qu'on leur oppose.

A la vérité, nous avons voulu dans notre plan et ceci dans un but de clarté, séparer nettement les causes cervicales mécaniques des causes infectieuses ou physiopathologiques; mais il faut bien savoir qu'en clinique ces causes se confondent souvent. Sans doute nombre d'infections ou de sécrétions muqueuses pathologiques agissent pour leur propre compte et suffisent sans explication d'ordre mécani-

que à créer un obstacle au niveau du col. D'autre part, il est bien certain que les sténoses serrées et surtout compliquées d'antéflexion peuvent, à elles seules, empêcher la fécondation par obstruction du col. Mais il faut bien le reconnaître, lésions muqueuses, infections, sécrétions pathologiques trouvent dans les lésions anatomiques pré-existantes leur meilleur terrain de développement et d'entretien. Que d'infections tenaces, rebelles à toute thérapeutique n'avons-nous pas vues pour être survenues dans un col étroit sténosé, antéfléchi.

Par contre, l'infection à elle seule peut être le *primum movens* des lésions anatomiques. Il est banal d'observer, à la suite d'infections chroniques et secondaires à elles, des proliférations muqueuses pouvant aller jusqu'à sténoser le col utérin, de la sclérose envahir son parenchyme et par sa tendance rétractile déterminer une véritable atrésie cervicale.

Ces réserves étant faites nous allons passer en revue les causes infectieuses ou « constitutionnelles » déterminant, au niveau du col une cause de stérilité.

CHAPITRE II

Causes infectieuses et “ constitutionnelles ”

« L'obstacle mécanique existe, mais moins fréquent qu'on ne le croit » (Siredey). Si l'on se préoccupe trop des obstacles mécaniques on risque de n'accorder qu'une attention insuffisante aux infections, aux métrites et en particulier pour ce qui nous préoccupe ici aux cervicites. Elles sont, en effet, de beaucoup la cause prédominante de l'infécondité chez les jeunes femmes.

Nous voulons, d'emblée, aborder le chapitre le plus important, celui qui a trait à la blennorrhagie, cause prédominante de stérilité cervicale.

Beaucoup plus fréquemment localisée au col qu'au corps utérin, la blennorrhagie cervicale atteindrait le taux de 70 % pour le col d'après de récentes statistiques publiées à la Société de Gynécologie et d'Obstétrique. Certains, même, ont pu pen-

ser, devant cette proportion notable de cervicites blennorrhagiques isolées sans participation corporeale « à la barrière infranchissable que ferait au gonocoque l'orifice interne ».

A l'heure actuelle, on considère les faits de façon moins absolue et si l'on reconnaît que le col utérin est atteint beaucoup plus fréquemment que le corps utérin, son atteinte n'est pas toujours uniquement cervicale et la cavité du corps peut être souvent le siège d'infection. Quoi qu'il en soit, la blennorrhagie est considérée par les gynécologues comme une des causes les plus importantes de stérilité. Cliniquement, il faut bien savoir que la blennorrhagie si grave dans ses conséquences ne se manifeste pas par des symptômes bruyants. La maladie est rarement aiguë, le plus souvent elle est chronique d'emblée sans réaction accentuée souvent même méconnue. Ce n'est souvent qu'après plusieurs mois, plusieurs années d'union stérile que la femme vient consulter. Sa menstruation étant normale, peu douloureuse, la santé générale satisfaisante, on accorde qu'une médiocre attention aux pertes blanches. L'affection évolue de façon torpide et il faut bien le reconnaître, passe souvent inaperçue si l'on ne pratique pas un examen systématique de l'appareil génital. Cependant, un examen minutieux permet de constater la présence au fond du vagin, sur une muqueuse rouge, de grosses glaires muco-purulentes dont l'aspect seul est déjà caractéristique pour peu que l'on ait déjà une certaine expérience.

Il faut, comme le dit Sirédey, attribuer une réelle importance à la coïncidence de ces 2 particularités : glaire et stérilité. Le col est parfois augmenté de volume mais non toujours. Souvent il affecte la forme d'un barillet (Bouilly) ; du mucus purulent peut apparaître à son orifice, venant perler au centre du col ou faire une traînée blanchâtre d'abondance variable sur la lèvre postérieure. Souvent le pus ne sort pas et l'on conçoit, dans ce cas, que l'affection puisse passer inaperçue dans le cas d'écoulement insignifiant malgré la réalité de la cervicite.

C'est alors qu'il faut pratiquer la manœuvre suivante : presser le col entre les 2 valves du spéculum, ce qui fait sortir une masse glaireuse provenant du canal utérin. Cette constatation suffit à révéler une métrite blennorrhagique chronique d'emblée. Il est bon de faire préciser par le laboratoire les données cliniques avec cette réserve que si dans les premiers mois de l'infection on rencontre le gonocoque dans les sécrétions, après quelques mois, une année le gonocoque a disparu. De nombreuses associations microbiennes continuent l'œuvre d'infection commencée avec une marche envahissante pouvant devenir inaccessible à la thérapeutique médicale.

Ainsi donc la blennorrhagie apparaît comme une cause infectieuse prédominante touchant le col utérin et causant ainsi la stérilité. Il s'en faut cependant que les cervicites relèvent toutes de la blennorrhagie, si la blennorrhagie est une des causes

lés plus fréquentes on doit incriminer également, bien qu'à un moindre degré, l'étiologie puerpérale. On voit souvent à la suite d'accouchements, de fausses couches, surtout à la suite d'avortements par manœuvres septiques, des contaminations dues aux instruments, aux objets de pansements, aux linges, etc..., apportant des germes sur la plaie utérine.

Les déchirures du col, le lever trop précoce, ne font que favoriser le développement de ces germes apportés de l'extérieur. Mais il faut reconnaître que la cervicite puerpérale, si elle est cause de stérilité ne peut être incriminée qu'exceptionnellement. Pourtant que de stérilités secondaires ! Il faut donc laisser à la blennorrhagie la responsabilité qui lui échoit en premier. C'est elle qui rend compte du nombre de stérilités primaires. Mais pratiquement, le traitement que l'on oppose à l'endocervicite chronique qu'elle soit d'origine puerpérale ou blennorrhagique est identiquement la même.

La blennorrhagie ayant perdu assez rapidement ses caractères d'infection spécifique. Les microbes des cervicites secondaires sont aussi bien après blennorrhagie qu'après puerpéralité infectieuse : le streptocoque, le staphylocoque, le gonocoque pouvant être absent d'une infection dont il a pourtant été à l'origine. A noter que les associations microbiennes sont très fréquentes.

A côté de ces cervicites chroniques tenaces, d'origine puerpérale ou blennorrhagique où l'infection

est manifeste avec muqueuses hypertrophiées, ectropions entre les lèvres du museau de tanche sous forme de bourrelets muqueux avec érosions, ulcérations même, voire saillies kystiques il existe des cervicites où l'élément microbien apparaît au minimum. Pour Siredey, Richelot, Doléris, des métrites à prédominance cervicale peuvent apparaître sans note infectieuse. Ce seraient de véritables cervicites « constitutionnelles » avec leucorrhée, douleur et hémorragie, relevant plutôt d'une étiologie trophique que microbienne. Peut-être ne faut-il voir là, avec Pozzi, qu'une prédisposition diathésique à une infection et à la sclérose. Cette infection peut d'ailleurs être d'ordre banal, pas nécessairement spécifique pouvant même ne relever ni de la blennorrhagie ni de la puerpéralité, mais des germes saprophytes habituels où l'élément microbien constant dans les cavités génitales trouve un terrain favorable et tout préparé à son développement.

Quoi qu'il en soit, ces catarrhes restent une cause bien connue de stérilité qu'il ne faut pas méconnaître. Le rôle des ferments leucocytaires a été invoqué comme incompatible avec la vie des spermatozoïdes. L'acidité de la sécrétion cervicale corrigée par les injections alcalines a pu compromettre la valeur vitale des spermatozoïdes ; enfin, le rôle d'un bouchon muqueux peut constituer à lui seul un obstacle véritable.

La thérapeutique de la cervicite chronique, sans préjuger de sa cause, doit être éclectique. « L'infec-

tion cervicale chronique essentiellement rebelle et tenace, abandonnée à elle-même, peut persister indéfiniment ». Telle est l'opinion de Siredey. C'est dire l'importance que peut avoir un traitement par ailleurs complexe, délicat, perfectionné, de méthodes modernes susceptibles de guérir certes, parfois seulement d'améliorer, en tout cas, auquel on doit la constatation de fécondation qui avaient semblé jusqu'alors impossibles.

Mais c'est ici qu'il faut se souvenir du vieil adage : « *Primum non nocere* ». La plus grande prudence de la part du médecin est en effet indispensable sous peine de voir, à la suite de traitements mal conduits, l'ascension de proche en proche d'une infection jusque là strictement locale et cervicale : Instillation, mise en place de crayon, sont une cause fréquente de propagation au corps utérin, aux trompes, d'une infection jusqu'alors cantonnée au col. La conséquence qui en résulte est la perte irrémédiable de la faculté de concevoir par infection totale de tout l'appareil génital.

Nous ne pouvons mieux faire pour passer en revue les divers traitements de la cervicite chronique que de nous inspirer du rapport très documenté de Fernand Chatillon au cinquième congrès de l'association des gynécologues et obstétriciens de la langue française.

Successivement nous envisagerons les thérapeutiques par les caustiques, le néo Filhos en particulier, par les interventions chirurgicales, la

thérapie ; enfin le traitement par les eaux sulfureuses.

Pour guérir une cervicite invétérée, il faut détruire la partie malade et pour le moment cette destruction ne peut être obtenue sûrement que par le caustique de Filhos ou certaines méthodes d'amputation du col.

Le « néo-Filhos » composé d'un mélange de deux parties de potasse pour une de chaux est un caustique qui a donné, dans les mains du gynécologue français, des résultats à ce point satisfaisants que Siredey peu partisan de l'emploi de caustique « s'est résigné » à cette thérapeutique, faute d'en avoir de plus agissante. Sans doute, cette thérapeutique est-elle d'un maniement délicat et peut-elle présenter certains dangers. On a craint surtout les menaces de dystocie; elles existent certes chez les malades non surveillées et Couvelaire, malgré certains incidents, continue à utiliser le Filhos. Lors de l'accouchement si le col apparaît nettement sclérosé non susceptible de dilatation il pratique l'opération césarienne.

En résumé, le Filhos apparaît comme le meilleur traitement de la cervicite blennorrhagique et ainsi comme la thérapeutique la plus excellente comme résultat vis-à-vis de la stérilité secondaire à la métrite cervicale. Mais il importe que ce traitement soit fait par des gynécologues expérimentés que la surveillance des résultats anatomiques soit rigoureuse pendant quelques mois sous peine de voir ap-

paraître des rétractions cicatricielles causes ultérieures d'infection et de dystocie.

Les interventions chirurgicales destinées à traiter l'infection blennorrhagique du col sont nombreuses. Nous ne retiendrons que le procédé de Pouez-Forgue « ou évidemment conique du col ». L'exécution en est facile. Les lésions sont enlevées en totalité, le col reprend une forme et une épaisseur quasi normale. Au point de vue fonctionnel, ce procédé n'est pas inférieur aux autres ; les règles se rétablissent, la fécondation et l'accouchement ne sont nullement entravés (Forgue et Massabuau).

Assez récemment, les progrès réalisés par l'introduction dans la thérapeutique des rayons infra-rouges et de la diathermie, a permis d'obtenir souvent des résultats remarquables dans certaines affections tant aiguës que chroniques de l'appareil génital de la femme. Cette thérapeutique nouvelle doit également être employée dans le traitement des cervicites. On sait que la diathermie et les infra rouges, tout en ayant des caractères physiques très différents, ont certains traits de ressemblance dans leur mode d'action. Ils permettent l'augmentation de la circulation locale, enfin l'augmentation de la vitalité des tissus. « Sous l'influence des infra rouges comme pendant une fièvre banale, on observe une augmentation des oxydations, une destruction des toxines, une formation d'anticorps et d'agglutine (Zalewski).

Dans les affections inflammatoires, les infra rouges ont une action résolutive très puissante et l'augmentation du courant sanguin déterminé par leur application provoque un véritable lavage de la région, d'où l'indication de leur emploi dans les salpingites, les métrites, avec annexites et aussi pour ce qui nous intéresse particulièrement ici dans les infections du col utérin.

La diathermie, ou mieux, selon Bordier, « la darsonvalisation diathermique, peut être employée en gynécologie dans le traitement des cervicites suivant la méthode de Roucayrol : deux plaques électrodes dites indifférentes, reliées et disposées sur le ventre et la région lombo-fessière, et une électrode dite active vaginale dont certains modèles perfectionnés sont munis de thermomètres.

Cette électrode vaginale, pendant son application, tout en restant froide, provoque l'augmentation de la température dans tous les organes du petit bassin jusqu'à 45°.

L'effet produit par une application diathermique, selon cette technique, se manifeste par :

Son action bactéricide, qui est due non seulement à l'élévation de la température, mais encore aux oscillations de haute fréquence ;

Une sédation des phénomènes douloureux ;

Une leucocytose abondante ;

Une hyperémie et augmentation de la circulation sanguine et lymphatique.

Toutes raisons d'employer la diathermie dans les métrites cervicales.

Dans la thèse de Mme G. Pagès (thèse Paris 1927), on voit relater les excellents résultats obtenus dans les métrites cervicales chroniques rebelles par la diathermo-coagulation qui consiste à provoquer la coagulation des matières albuminoïdes des tissus aboutissant à la formation de cicatrices très souples.

Cette coagulation n'est pas produite par le contact d'un corps chaud, la pointe métallique appliquée sur le col ulcéré et congestionné reste froide. L'élévation de la température se fait à l'intérieur même des tissus traversés par le courant. Cette intervention est complètement indolore et ne provoque aucune réaction du côté des annexes, même chez les malades atteints en même temps de salpingite. On obtient ainsi la destruction de la muqueuse enflammée qui est suivie de la formation d'une escharre qui s'élimine au bout d'une dizaine de jours et donne ensuite des cicatrices souples.

Enfin, dans les métrites cervicales avec gros col mou, violacé, congestionné, suintant, accompagné de l'ectropion de la muqueuse à travers un orifice boursoufflé. P. Flandrin et L. Schill ont obtenu des guérisons cliniques en peu de temps en utilisant l'électro-coagulation bi-polaire suivie d'effluviation.

Les infra rouges sont surtout actifs lorsqu'on fait des applications prolongées de une heure par exemple matin et soir. Il est facile d'instituer le traitement par les infra rouges au domicile des malades

grâce aux petits modèles d'émetteurs des infra rouges qu'on trouve en vente ou qu'on peut prendre même en location chez certains constructeurs. La technique de l'application est simple et peut être confiée aux malades elles-mêmes.

Les applications diathermiques pourront être faites tous les deux jours 20, 30 minutes, à la température de 44,5 à 45°.

Ainsi donc, les applications diathermiques seules ou associées apparaissent actuellement, ainsi que les rayons infra rouges, comme une méthode thérapeutique susceptible de rendre de nombreux services aux malades qui parfois, d'ailleurs, sont les premiers à les réclamer, étant déjà donné leur bon renom.

Concurremment à ces divers traitements, pour les compléter, l'emploi des eaux sulfureuses, dont l'action est indubitable dans l'amélioration de certains catarrhes cervicaux, s'est montré parfois suffisant à assurer à lui seul une guérison définitive.

Les eaux sulfureuses rendent en effet de grands services aux gynécologues. Tout récemment encore, dans le *Progrès Médical* n° 46, 12 nov. 1927, le Dr P. de Beauchamp insiste à juste titre sur l'importance des eaux sulfureuses dans tous les catarrhes tubaires de quelque nature étiologique qu'ils soient. Par une sorte d'analogie avec le traitement des catarrhes de la trompe d'Eustache, il s'étonne qu'on n'emploie pas davantage les eaux sulfureuses comme topique dans les catarrhes de la trompe de

Fallope et dans le traitement des catarrhes cervicaux. « Le pus appelle le soufre, a dit Lermoyez ». Or, ce qui est vrai en otologie reste vrai pour la gynécologie. Il faut donc savoir ne pas abandonner des méthodes reconnues parfaites par les otologistes et les employer avec fréquence dans les affections catarrhales des voies génitales chez la femme.

Parmi les eaux sulfureuses particulièrement recommandées dans les affections catarrhales du col utérin vient en premier lieu la station de Saint-Sauveur.

Saint-Sauveur contient plus de 2 centigr. de sulfure de sodium par litre, c'est-à-dire deux fois plus qu'Eaux Bonnes et eaux chaudes, à peu près autant que Cauterets.

Mieux que d'indiquer la technique et le mode de traitement par les eaux de Saint-Sauveur, traitement spécifié avec précision dans la thèse de Mme le docteur Hélène Macrez, nous préférons présenter quelques observations intéressantes dues à l'obligeance du docteur Macrez, et qui montrent les heureux effets obtenus chez des malades traitées pour catarrhe simple du col, et dont la cure a fait cesser la stérilité.

Observations

OBSERVATION I

Mme V... (Bourbonnais), 1923. Accouchement il y a deux ans en 1921 (application de forceps, déchirure réparée). Pas de grossesse depuis. Ne souffre pas, règles normales. On trouve le col déchiré, un peu volumineux et secrétant trop. Le D^r Macrez soigne la malade à Saint-Sauveur, suivant la technique habituelle. Nettoyage au coton sec du col avant le bain, quelques cautérisations iodées. Irrigation vaginale dans le bain. Accouchement en 1924.

OBSERVATION II

Mme R... (Gironde). Mariée depuis 10 ans. Bon état général ; est restée sans règles pendant 7 mois, au moment de la guerre : ne souffrait pas. Les règles maintenant ont en général 15 jours de retard. Il y a quelques pertes jaunâtres, mais pas de douleurs. Rien aux annexes, l'utérus paraît normal. Il y a une légère métrite cervicale, sans ectropion. Traitement suivant la technique du D^r Macrez, observation I.

Accouchement en 1923, après une cure à St-Sauveur.

OBSERVATION III

Mme H... (Gironde), 1926, mariée depuis 2 ans (1924). Un an après (1925), fausse couche de 3 mois. Cure à Luxeuil en 1925 ; a ses règles toutes les 6 semaines, douloureuses au début. Quelques pertes blanches. L'examen montre une rétro-déviatiou utérine avec congestion et pertes blanches.

(Après traitement habituel, assèchement de l'endomètre avant le bain).

Accouchement en 1927.

OBSERVATION IV

Multipare. Mme Fr. (Hérault), 1924. Mariée depuis 5 ans (1919). Pas de grossesse. Six mois environ après son mariage, Mme F... a une cystite légère (1) (envies fréquentes d'uriner) sans avoir beaucoup de pertes blanches. Depuis ne souffre plus. A ses règles normales tous les 28 jours et accuse quelques pertes blanches. On trouve, à l'examen, une endométrite cervicale légère, sans ectropion ni ulcération. Après deux années de traitement (1924 et 1925), à Saint-Sauveur et traitement local léger (attouchements avec de la teinture d'iode), Mme F... accouche en 26 de deux jumeaux.

OBSERVATION V

Multipare. Mme God..., Paris, 1924, mariée depuis 4 ans (stérile depuis 3 ans), a eu un accouchement normal il y a 3 ans en 1921. Depuis pas de grossesse. Règles normales et quelques pertes blanches sans douleurs.

L'examen décèle une légère métrite cervicale, sans ulcération. Traitement habituel du D^r Macrez. Accouchement normal en 1925.

OBSERVATION VI

Multipare. Mme Bert... (Aude), 1924, mariée depuis 3 ans. Pas de grossesse, a eu quelques pertes au début du mariage. Bon état général. Réglée, tous les 24 jours, quelquefois douleurs. Ces règles étaient irrégulières avant le mariage. A l'examen on trouve un léger empâtement dans le cul-de-sac latéral droit et une légère métrite du col. Cure thermique avec traitement suivant la technique du D^r Macrez.

Accouchement en avril 1925 (Donc fécondation aussitôt après la cure thermique).

OBSERVATION VII

Mme Tann... (Brie), 1924, mariée il y a un an. 4 mois après mariage, pertes rouges abondantes, pendant plusieurs semaines et légère élévation de température, 37°² le matin, 38° le soir. Souffre toujours à droite et par moment du côté gauche : opérée il y a 10 ans par J.-L. Faure, d'appendicite. Réglée, sans douleurs, tous les 28 jours. Cure thermique à St-Sauveur et traitement local. Grossesse et accouchement l'année suivante.

OBSERVATION VIII

Multipare. Mme R... (Amérique), 1924. Mariée il y a 2 ans (1925), vaginisme et écoulement verdâtre quelque temps après mariage eut alors 40° pendant quelques jours. Les règles sont irrégulières depuis 6 mois ; a été cautérisée au nitrate d'Ag. (donc endométrite cervicale). A l'examen, les annexes n'ont rien d'anormal, les culs-de-sac sont souples et libres. Le col a un léger suintement. Cure à St-Sauveur en 1924. Accouchement normal en 1926.

OBSERVATION IX

Mme Joc... (S.-Inf.), 1924, mariée depuis 5 ans (1919), dit avoir eu une fausse couche de 5 semaines. A 16 ans, aurait eu une bartholinite non suppurée. Il y a 6 mois (donc janvier 1924), réveil de cette bartholinite et abcès, puis ablation de la glande. Règles normales. Rien aux annexes, le col est petit, quelques pertes blanches, curé à St-Sauveur en 1924. Accouchement en 1925 (un an après la cure).

OBSERVATION X

Multipare. Mme Bar... (Dauphiné), 1925. Mariée depuis 5 ans. Pas de grossesse. Règles normales, quelquefois douloureuses, a quelques pertes blanches légères et une légère irritation endocervicale. Cure en 1925. Accouchement en septembre 1926.

OBSERVATION XI

Mme de M... (Picardie), 1925. Mariée depuis 14 mois, n'a jamais eu qu'un retard d'un mois, règles normales, non douloureuses. Rien qu'une légère métrite du col. Cure en 1925. Accouchement en 1926.

OBSERVATION XII

Multipare. Mme H... (Bretagne), 1925. Mariée depuis 4 ans (donc en 1921), dit avoir eu 3 fausses couches de 2 mois. Bien réglée tous les 28 jours. Accuse souvent une douleur à gauche. A l'examen, rien de ce côté. Un peu de métrite cervicale. Accouchement en août 1926 (donc fécondation 2 à 3 mois après la cure).

OBSERVATION XIII

Mme R... (Pyrénées), 1925, a eu en 1924 accouchement difficile. Depuis pertes blanches, fatigue générale, a eu en avril 25 une forte ménorrhagie. A l'examen, on trouve un utérus abaissé, une forte métrite du col avec ulcération. Cures en 25 et 26. Accouchement en 1927.

OBSERVATION XIV

Mme Dem... (Paris), 1926, mariée depuis 5 ans (1921), pas de grossesse. Règles ont tendance à avancer, dit avoir eu cystite et pour cela être allée à Luxeuil en 1925. Elle a une légère

rétrodéviation et une métrite du col. Cure à Saint-Sauveur. Accouchement en août 1927 (donc fécondation 2 à 3 mois après cure thermique).

OBSERVATION XV

Mme R..., femme de médecin, 1909, mariée depuis plusieurs années, pas de grossesse. Ne présente qu'un léger catarrhe du col (cervicite, mucosité glaireuse). En 1909, fait une cure à Saint-Sauveur, puis part au Congo. Revient en 1910, présente toujours le même état local. L'état général est toujours bon et les règles normales. Attouchements intra-cervicaux trois fois par semaine pendant 6 mois, avec solution formolée ou teinture d'iode. En 1911, accouchement normal. Pas de traitement thermal.

OBSERVATION XVI

Mme de L... (Touraine), 1922. Lettre : « Vous rappelez-vous m'avoir recommandé en juillet 1921 un fort long et ennuyeux traitement à l'iode pour une métrite. Nous avons persévéré tout en maudissant ces badigeonnages pendant les 6 mois comme vous nous l'avez dit ; et j'ai le plaisir de vous annoncer que j'attends un bébé pour février. J'ai 30 ans et j'étais mariée depuis 8 ans (pas de traitement thermal).

(Elle avait catarrhe utérin glaireux tenace, rebelle à tout traitement, règles normales. D^r Macrez avait montré au mari la pratique des attouchements intra-cervicaux).

Comment agissent les eaux dans le traitement de la stérilité ? Il est délicat de le dire. Pourtant, à nous en tenir strictement aux faits relatés, il est indéniable que ces eaux agissent par les modifications qu'elles apportent à la sécrétion de mucus, et plus particulièrement de mucus cervical. De même que l'on recherche cette action en ce qui concerne le mucus bronchique, le catarrhe rhino-pharyngé aux stations de Cauterets, Luchon, Barèges, en ce qui concerne l'utérus on recherche cette action à Saint-Sauveur.

Cette action sur les sécrétions est la suivante : Après une augmentation momentanée du catarrhe cervical, il se produit une diminution notable dans sa production. Les pertes abondantes qui empèsent le linge, peu épaisses, mais qui sont continuelles, diminuent vers la fin de la cure, moins abondantes mais plus épaisses. Les sécrétions du col, celles qui sont visqueuses, adhérentes et collantes, qui même peuvent passer inaperçues à une malade, s'observaient peu, parce qu'elles ne souillent pas le linge, sont généralement modifiées par les eaux de Saint-Sauveur, et comme ces sécrétions forment un véritable bouchon muqueux, faisant obstacle à la conception, on comprend qu'une fois modifiées, la stérilité peut cesser (Macrez). Ajoutons qu'à ces amé-

liorations muqueuses s'ajoutent la disparition ou l'amélioration des sécrétions, des ectropions observés. Bonnamour insiste en outre sur l'action antiseptique du soufre pour expliquer cette amélioration des métrites cervicales.

Si l'on admet, comme le prouvent les documents, que les rétroversions, certains prolapsus, et inflexion du col, dont nous avons dit toute l'importance dans l'entretien des altérations infectieuses, sont améliorés sinon guéris par la crénothérapie, on voit tout le parti que peut tirer d'une cure à Saint-Sauveur une femme atteinte de cervicite chronique.

La fécondité apparue ou recouvrée prouvent le bien-fondé de ces affirmations.

Plus peut-être que de l'attribuer à l'action « imprégnadère » (Vignes), dont on ne saurait ni faire la preuve ni l'affirmation, la fécondité apparaît plutôt comme une heureuse conséquence des modifications de tonicité vasculo-parenchymateuse du gesteur génital et du changement apporté au catarrhe cervical à la suite d'une cure thermique bien conduite.

Conclusions

Dans notre travail, nous nous sommes limité aux causes de stérilité d'ordre cervical. Nous nous sommes proposé d'en faire une analyse aussi complète que possible. Nous avons, à propos de chacun des cas, indiqué les conceptions actuelles du traitement de ces diverses affections. Il ne nous échappe pas que, pour être une raison fréquente d'infécondité, la cause cervicale n'en constitue pas la seule.

Nous n'avons voulu ici n'envisager que ce côté du problème si vaste de la stérilité.

Il est bien entendu qu'avant d'attribuer au col utérin une stérilité due à une cause mécanique ou à une sécrétion pathologique, il conviendra avant tout :

1° De faire interroger le conjoint au point de vue de ses facultés génitales et de son passé pathologique.

2° De ne pas oublier que la stérilité est fréquemment due à des causes multiples pouvant être d'origine utérine ou associées à d'autres processus pathologique des trompes et ovaires. D'autre part, la

stérilité relève d'une cause endocrinienne suivant les théories de M. Vignes, accoucheur des hôpitaux.

Une fois reconnues, les sténoses cervicales seront traitées comme il a été dit en se souvenant toutefois qu'elles ne constituent pas toujours un obstacle aussi absolu qu'on l'a cru jusqu'ici.

Elles s'accompagnent souvent d'autres affections dont l'ensemble forme un complexe particulièrement difficile à traiter de façon rationnelle. Il faudra, dans le traitement, tenir compte des mauvaises positions du col, facteur d'obstruction d'un canal cervical déjà sténosé auquel s'ajoute une infection plus ou moins grave : double obstacle mécanique et infectieux à l'insémination.

Contre les sténoses, antéflexions, mauvaises positions du col, on peut avoir recours à la dilatation lente par laminaire ou plus rapide par bougies de Hégar ou par instruments dilatateurs variés.

L'appareil d'Iribarne paraît actuellement avoir la faveur justifiée des gynécologues, à condition de n'être laissé en place que peu de temps.

La stomatoplastie n'en reste pas moins une intervention que beaucoup préfèrent aux dilatations toujours graves en raison des infections qu'elles favorisent.

Contre les cervicites, l'emploi du « neo Filhos » et l'amputation conique de Forez Forge sont les traitements de choix.

Nous avons montré aussi l'importance de la physiothérapie encore à son stade de début, mais qui

semble devoir prendre dans l'avenir une importance chaque jour croissante.

Enfin, en raison des beaux résultats obtenus à Saint-Sauveur et dans la thérapeutique de la stérilité d'origine cervicale, il convient de ne point oublier l'appoint que peut apporter comme traitement adjuvant la crénothérapie.

Vu, le Doyen,

ROGER.

Vu, le Président,

JEANNIN.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

Bibliographie

- J.-L. FAURE et SIREDEY. — Gynécologie.
- E. FORGUE. — Précis de Pathol. externe, Tome II. — Précis de Pathol. chirurgicale, Tome IV.
- H. VIGNES. — L'eau et les eaux en thérapeutique gynécologique. — *Bulletin gén. de thér.*, 1925, p. 350.
- P. DE BEAUCHAMP. — Notes d'hydrologie. — *Progrès Médical*, 12 nov. 1927.
- M. ZALEWSKI. — De l'emploi des rayons infra-rouges et de la diathermie en gynécologie. — *Progrès médical*, 10 mars 1928.
- H. BORDIER. — *Presse Médicale*, 1928.
- Mlle H. PAGES. — De la diathermio-coagulation des métrites cervicales chroniques. — Thèse Paris, 1927.
- P. FLANDIN et L. SCHILL. — Traitement des métrites cervicales par la haute fréquence. — *Presse médicale*, 1926.
- DOCTEUR HÉLÈNE MACREZ. — Les modes d'action des eaux sulfureuses de St-Sauveur dans les maladies des femmes et la stérilité. — Thèse de Paris, 1924.
- H. VIGNES. — Quatre leçons sur la stérilité, Les cahiers du progrès médical. — *Le Progrès médical*, 1926.
- D^r A. SIREDEY. — La stérilité chez la femme ; son traitement. — *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, numéro consacré à la gynécologie, 10 oct. 1926.

S. Pozzi. — Traité de gynécologie.

Cours de perfectionnement de clinique gynécologique de J.-L.
Faure, par Douay, 1925.

Gynécologie et obstétriqué. — Rapport du congrès de Lyon.
Association des gynécologues et obstétriciens de lan-
gue française.

